

Stützen des Gesundheitssystems

Medizinische Dokumentation und Klassifikation

Auch dieses Jahr fand im Rahmen der 48. GMDS-Jahrestagung in Münster wieder ein gemeinsames Symposium der GMDS-Arbeitsgruppen »Medizinische Dokumentation und Klassifikation« (AG MDK) und »Medizin-Controlling« (AG MedCo) sowie der GMDS-Sektion »Medizinische Dokumentation« (Sekt. MD) und des Deutschen Verbandes Medizinischer Dokumentare (DVMD) statt. **Dr. Bernd Graubner** (ZI Köln bzw. Göttingen, Leiter der AG MDK) hatte mit Unterstützung der Mitveranstalter wieder kompetente Referenten aus den verschiedensten Bereichen zum Thema »Medizinische Dokumentation und Klassifikation – Stützen des Gesundheitssystems« gewinnen können. In den Beiträgen wurde ein Überblick über den aktuellen Stand der Medizinischen Klassifikationen und der Medizinischen Dokumentation gegeben. Auch der realistische Blick in die nahe Zukunft kam nicht zu kurz.

Umfangreich wie die Bereiche der Medizinischen Dokumentation und Klassifikation war auch das Programm. Der harte Kern der Zuhörerschaft folgte am 18.9.2003 von 9:00–16:00 Uhr (nur 30 Minuten Mittagspause!) der straff geleiteten Veranstaltung. Dieses Durchhaltevermögen kennzeichnet wohl die in der Medizinischen Dokumentation Tätigen! Bei der Fülle an Informationen und Ansichten ist ein umfassender und objektiver Bericht schwierig. Wir haben uns deshalb erlaubt, bei der Wiedergabe des einen oder anderen Beitrags Schwerpunkte zu setzen. Details zu den Beiträgen findet man auf der Internetseite der AG MDK (<http://www.gmds.de> →Arbeitsgruppen→AG Medizinische Dokumentation und Klassifikation bzw. http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/ag_mdk.dir/), wo die Foliensätze aller Beiträge als PDF-Dateien zur Verfügung stehen.

Dr. Bernhard Rochell (Köln, Bundesärztekammer) versah das Thema seines Vortrags **Medizinische Dokumentation und Klassifikation – Stützen des Gesundheitssystems** zunächst mit einem großen Fragezeichen. Stellen Medizinische Dokumentation und die Klassifikationen tatsächlich eine Stütze dar oder sind sie eher eine Geißel? Letzteren Eindruck gewinnt man zum Beispiel bei Untersuchungen zum ärztlichen Dokumentationsaufwand, bei den Gefahren des Falsch-, Up- und Sub-Codings usw. Wenn Medizinische Dokumentation jedoch arbeitsbegleitend und gut organisiert ist, die Möglichkeiten der EDV-Unterstützung voll ausgeschöpft und die vielseitigen Einsatzmöglichkeiten tatsächlich genutzt werden, dann kann gesagt werden, dass die Medizinische Dokumentation eine Stütze des Gesundheitssystems ist.

Dr. Frank Warda (Köln, Direktor des DIMDI) berichtete in seinem Beitrag **Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information in seinem 35. Jahr – ein moderner Lieferant von Medizininformation für Patienten, Ärzte, Forschung und Industrie** über die Entstehung und den Wandel – genauer die Zunahme – der Aufgaben von DIMDI. Hauptaufgabe ist das breite Spektrum der Medizininformation. Seit 1992 sind »Schlag auf Schlag« zahlreiche Aufgaben hinzugekommen. Hier sollen nur die Aufgaben rund um ICD-10 und OPS-301, die erstmalige Buchveröffentlichung dieser Werke durch DIMDI selbst und die Neuentwicklungen im Bereich der Informationsrecherche genannt werden. Einen Überblick über das Leistungsangebot von DIMDI gibt die neu strukturierte Homepage <http://www.dimdi.de>.

Dr. Michael Schopen und **Dr. Birgit Krause** (Köln, DIMDI) sprachen als Verantwortliche für ICD-10 und OPS-301 über **Die medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM 2004 und OPS-301 2004 – Stand und Weiterentwicklung**. Sie berichteten über die wichtigsten Änderungen in den neuen Versionen.

Mit der ICD-10-GM 2004 ist wieder eine einheitliche Version sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich sowie für den Bereich der Rentenversicherung geschaffen worden. Im Zusammenhang mit der DRG-Anpassung sind für beide Klassifikationen jährliche Updates geplant. Unterjährige Versionswechsel werde es definitiv nicht geben.

Die Listen der verschiedenen Chemotherapie-Protokolle bei den OPS-301-Schlüsselnummern für Chemotherapie seien sicher nicht vollständig. Eine Erweiterung dieser Listen wird im Dezember veröffentlicht. An den OPS-Schlüsselnummern selbst soll sich jedoch nichts ändern.

Der »Minimalstandard« der ICD-10 in der ambulanten Versorgung wurde abgeschafft. Herr Dr. Schopen erläuterte, dass in der vertragsärztlichen Versorgung künftig 4-stellig zu kodieren ist. Die Kodierung der 5-Steller sei »Kür«. Über die Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit (Z, A, V und G) war beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) bis dato nicht entschieden. [Anmerkung: Mit seiner am 11.10.2003 veröffentlichten Bekanntmachung vom 29.9.2003 legte das BMGS für die ICD-10-GM 2004 fest, dass im ambulanten Bereich Fünfsteller nur fakultativ anzuwenden, die genannten vier Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit jedoch obligatorisch zu benutzen sind. Das entspricht auch den Vorschlägen der Kassenärztlichen Bundes-



Bericht



Bettina Busse,
Universitätsklinikum
Freiburg, Abt. Leistungs-
dokumentation und
Statistik
e-mail:
Bettina.Busse@
uniklinik-freiburg.de



Dr. med. Bernd Graubner,
Projektleiter für med.
Klassifikationen,
Zentralinstitut für die
kassenärztliche
Versorgung in der
Bundesrepublik Deutsch-
land (ZI), Köln
e-mail:
Bernd.Graubner@
mail.gwdg.de
<http://www.zi-koeln.de>



vereinigung und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.]

Die Erfahrungen des DIMDI mit den Änderungsanträgen zu ICD-10 und OPS-301 und der extrem enge Zeitplan, mit dem auch im nächsten Jahr zu rechnen ist, machen zukünftig ein strukturiertes und straff durchorganisiertes Meldeverfahren mit einem »harten Redaktionsschluss« erforderlich. Über Einzelheiten sei aber noch nicht entschieden.

Die nächsten beiden Beiträge gaben Einblicke in die Medizinische Dokumentation und die verwendeten Klassifikationen bei unseren Nachbarn in der Schweiz und in Österreich.



Symposiumsleitung

v.l.n.r.:

Dr. Bernd Graubner, Köln; Hildegard Lax, Köln und Göttingen; Leiterin der Sektion »Medizinische Dokumentation«, Essen; Markus Stein, Mannheim; Dr. Jörg Eckardt, Dernbach; Dr. Albrecht Zaiß, Freiburg

Mag. Gerhard Embacher (Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Leiter der Gruppe IV/A Strukturangelegenheiten im Gesundheitswesen) berichtete über **Medizinische Dokumentation und Klassifikation in Österreich und ihre Nutzung in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung**. Die Dokumentationspflichten sind im stationären Bereich bundesweit einheitlich geregelt, wobei eine österreichspezifische Modifikation der ICD-10 und ein österreichischer Leistungskatalog (MEL) mit ca. 1.200 Positionen verwendet werden. Aufhorchen ließ uns die spezielle Dokumentation in Intensiveinheiten (drei Scores) und die detaillierte Leistungserfassung im Bereich der Chemotherapie. Im ambulanten Bereich sind Dokumentationspflichten und Abrechnung nicht bundeseinheitlich geregelt. Auf das Gesundheitsmodellvorhaben Vorarlberg mit seiner sehr interessanten Zielsetzung sei hier nur kurz hingewiesen. Details findet man im Foliensatz.

PD Dr. Simon Hölzer (Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz, Leiter Spitalinformatik und Statistik) beschrieb in **Aktivitäten in der Schweiz** die Spannungsfelder, in denen sich die Medizinische Dokumentation (nicht nur in der Schweiz) bewegt:

- Epidemiologischer Ansatz versus ökonomischer Ansatz: Hier gibt es Bestrebungen, eine Harmonisierung zwischen Leistungskatalogen (TARMED, EBM und MEL) und Prozedurenklassifikationen (CHOP, OPS-301 u.a.) zu erzielen und Voraussetzungen für die zukünftige Prozedurenverschlüsselung zu schaffen.

- Wettbewerb versus Planung

- Unterschiedliche Anreizsysteme

Im Swiss-DRG-Projekt soll von 2004 bis voraussichtlich 2006 das zukünftige Abrechnungssystem für stationäre Leistungen erarbeitet werden.

Die Medizinische Dokumentation im DRG-Zeitalter wurde von zwei Seiten betrachtet, aus Sicht der Krankenhäuser und aus Sicht der Krankenkassen.

Claus Fahlenbrach, MPH, (Düsseldorf, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Referent Bereich Medizin) stellte die Frage, ob die »patientenferne« Dokumentation – dazu zählt unter anderem die Kodierung – tatsächlich Aufgabe des Arztes sei. Diverse Untersuchungen zeigen, dass der Dokumentationsaufwand einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Arbeitszeit des Arztes in Anspruch nimmt. Deshalb forderte Herr Fahlenbrach für die Zukunft das Delegieren der administrativen Dokumentation an FAMI (Fachangestellte für Medien- und Informationsdienste, Fachbereich Medizinische Dokumentation), Medizinische Dokumentationsassistenten und Medizin-Controlling sowie eine bessere und flächendeckende EDV-Unterstützung.

Jürgen Malzahn (Bonn, AOK-Bundesverband, Referatsleiter Krankenhäuser) forderte, dass bei der Kodierung nicht nur die groupingrelevanten ICD- und OPS-Schlüsselnummern, sondern alle medizinisch relevanten zu berücksichtigen sind. Bei der anschließenden Diskussion betonte ein Teilnehmer, dass genau diese Strategie seit langem vom Medizin-Controlling verfolgt werde, da es die einzige Möglichkeit sei, bei Anpassungen des DRG-Systems immer richtig zu dokumentieren, ohne jedes Mal umlernen zu müssen. Mit Blick auf die Zukunft stellte Herr Malzahn zwei Fragen zur Diskussion: Wie sieht die Zukunft von ICD und OPS aus? Und sollte die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) auch im akutstationären Bereich eingesetzt werden?

Burkhard Fischer und **Dr. Frank Peinemann** (Düsseldorf, BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, B.F.: Leiter der Abt. Medizinische Informatik und Biometrie) teilten sich den Vortrag **Anforderungen an Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen (ICD und OPS) aus Sicht der externen vergleichenden Qualitätssicherung (evQS)**. Zunächst wurden kurz die Aufgaben der BQS und der externen vergleichenden Qualitätssicherung vorgestellt. Bei der Definition von Qualitätsindikatoren



Bericht



werden unter anderem OPS- und (seltener) ICD-Schlüsselnummern verwendet. Als Auslöser für das Ausfüllen des QS-Bogens dienen bisher Entgeltkriterien, also die Abrechnung einer Fallpauschale oder eines Sonderentgeltes. Mit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems werden im Wesentlichen ICD- und OPS-Schlüsselnummern der Auslöser (QS-Filter) sein. Die Autoren plädierten dafür, Änderungen in den neuen Versionen der Klassifikationen noch früher bekannt zu geben, damit die Software und die Schnittstellen für die QS-Dokumentation in den Krankenhäusern termingerecht fertig gestellt werden können.

Carola Paetzold, Gabriele Thiele und **Gerald Linczak** (Berlin, Charité, Campus Virchow-Klinikum, Stabsstelle Medizin-Controlling [u.a.]) berichteten über **Erfolg durch Delegation: Unterstützung sekundärer Dokumentationsprozesse im Krankenhaus durch Medizinische Dokumentationsassistenten/innen**. Die primäre Patientendokumentation ist fester Bestandteil der Patientenbehandlung durch den Arzt. Für die Delegation der sekundären Dokumentation – vor allem der Kodierung – an Fachpersonal der Dokumentation sprechen mehrere Gründe. Im Jahre 2000 wurde an der Charité damit begonnen, MDAs unterschiedlicher Vorbildung direkt auf den Stationen für die administrativen Aufgaben im Zusammenhang mit den Patienten, für die Strukturierung der Krankenakte (dokumentieren muss der Arzt!) und für die Kodierung und Erfassung der Diagnosen und Prozeduren einzusetzen. Darüber hinaus sind MDAs kompetente Kommunikationsvermittler durch ihre Kenntnis darüber, wie und wo man innerhalb der Kliniken schnell an Informationen herankommt. Für den effektiven und reibungslosen Einsatz der MDAs mussten zunächst Grundvoraussetzungen geschaffen werden. Dazu gehörte z.B. die Notwendigkeit der klaren Aufgabenabgrenzung: Eine MDA ist keine Stationssekretärin. Die Erfahrungen in Berlin haben gezeigt, dass die Ziele Entlastung der Ärzte, Verbesserung des Patientenservice und Verbesserung der Dokumentationsqualität erreicht wurden.

Markus Stein (Mannheim, Verwaltungsdirektion Klinikum Ludwigshafen, Vorsitzender des DVMD) stellte in seinem Vortrag **Korrelation des pflegerischen Aufwands mit DRG-Relativgewichten** eine Auswertung des Klinikums Ludwigshafen vor. Die Frage war, ob sich der pflegerische Aufwand pro Patientengruppe im Relativgewicht (und damit im Erlös) widerspiegelt. Ein Zusammenhang zwischen den Pflegeminuten der Pflegepersonalregelung (PPR) und dem Relativgewicht der zugeordneten DRGs konnte erwartungsgemäß nicht festgestellt werden, da auch andere Faktoren die Kosten eines Falls beeinflussen. Dafür konnte ein enger Zusammenhang zwischen dem pflegerischen Aufwand in Ludwigshafen und den veröffentlichten pflegerischen Kalkulationsdaten der

DRGs festgestellt werden (Ludwigshafen hat nicht an der Kostenkalkulation teilgenommen). Mit Hilfe der »Fadenkreuzanalyse« lassen sich Ausreißer identifizieren.

Dr. Jörg Eckardt (Dernbach, Leiter Medizin-Controlling Maria Hilf GmbH, Leiter der AG MedCo) betonte in seinem Vortrag **Medizinische Dokumentation – wichtige Grundlage für das effiziente Medizin-Controlling**, dass die Primärdokumentation vielseitiger genutzt werden müsse, damit sich der Dokumentationsaufwand lohne. Dies sei jedoch nur möglich, wenn die Sekundärziele (und dazu gehören z.B. Kennzahlen des Medizin-Controllings) konkretisiert werden.



Dr. Jörg Eckardt
Dernbach, Leiter
Medizin-Controlling
Maria Hilf GmbH,
Leiter der AG MedCo,
während seines
Vortrags »Medizinische
Dokumentation –
wichtige Grundlage
für das effiziente
Medizin-Controlling«

Dr. Dirk Kaczmarek (Gelsenkirchen, Leitender Arzt Medizin-Controlling und Qualitätsmanagement Sankt-Marien-Hospital Buer gGmbH) ging in seinem Beitrag **Strukturierter Qualitätsbericht bei zugelassenen Krankenhäusern nach § 137 SGB V – ein Umsetzungsvorschlag der GMDS** darauf ein, dass Krankenhäuser ab 2005 zu einem Qualitätssicherungsbericht über Daten von 2004 verpflichtet sind. Die AG MedCo hat einen Vorschlag für diesen Qualitätssicherungsbericht erarbeitet, der aus einem Minimalstandard (Basisteil) besteht, der für alle Krankenhäuser umsetzbar ist, und aus einem optionalen Ergänzungsteil mit Zusatzinformationen. Ein großer Teil des Vorschlags wurde von der Selbstverwaltung aufgegriffen und ist Bestandteil der Verhandlungen.

Dr. Josef Ingenerf (Lübeck, Medizinische Universität, Institut für Medizinische Informatik) stellte mit **DRG-orientierten Funktionen in der Krankenhaussoftware – Erstrebtes und Erreichtes** drei Bereiche (Funktionalitäten) vor, die unter DRG-Aspekten bei einer Krankenhaussoftware wichtig sind. Momentan ist der Bereich Dokumentation und Kodierung die wichtigste Funktionalität, die für verschiedene Personengruppen bereits umgesetzt ist. Bereits bei der 8. Fachtagung »Praxis der Informationsver-



Bericht

Prof. Dr. Peter Haas, Dortmund, Fachbereich Informatik der Fachhochschule, Leiter des GMDS-Fachbereichs Medizinische Informatik, bei seinem Vortrag »Medizinische Basisdokumentation und Gesundheitskarte«

arbeitung in Krankenhaus und Versorgungsnetzen« im Mai 2003 und bei den Sessions »Clinical Documentation Challenge« dieser GMDS-Tagung wurden Lösungsansätze für die drei Funktionalitäten vorgestellt. Ziel sollte sein, reale Prozesse in einem Krankenhausinformationssystem übersichtlich darstellen zu können.



Dr. Albrecht Zaiß und **Susanne Hanser** (Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität, Institut für Medizinische Informatik) sowie **Robert Jakob** (Köln, DIMDI) stellten die **Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie für eine Pilotversion eines neuen Medizinischen Prozedurschlüssels (MPS) mit den Inhalten des OPS-301** vor. In Phase 1 der Machbarkeitsstudie hatte sich gezeigt, dass die Struktur der französischen Classification commune des actes médicaux (CCAM) am ehesten dazu geeignet ist, die Inhalte des OPS-301 sauber strukturiert darzustellen. In Anlehnung an die CCAM wurden in der 2. Phase der Machbarkeitsstudie für einen ausgewählten Bereich an

OPS-Schlüsseln zunächst die notwendigen Definitionen vorgenommen (redaktionelle Richtlinien, kontrolliertes Vokabular) und dann die Klassen gebildet. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Pilotversion des MPS einen hervorragenden Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Anforderungen an einen Prozedurschlüssel darstellt. Ein Umstieg vom OPS-301 auf den MPS wäre ohne Bruch möglich.

Prof. Dr. Peter Haas (Dortmund, Fachbereich Informatik der Fachhochschule, Leiter des GMDS-Fachbereichs Medizinische Informatik) ging in seinem Vortrag **Medizinische Basisdokumentation und Gesundheitskarte** auf die Probleme ein, die bewältigt werden müssen, wenn eine Basisdokumentation institutionsübergreifend bis weltweit verwirklicht werden und die Grundlage für eine versorgungsunterstützende Gesundheitstelematik sein soll. Universelle Grundstrukturen müssen geschaffen werden, um das Schnittstellenproblem zu lösen. Herr Prof. Haas stellte das Konzept der Gesundheitskarte des BMGS vor. Die Basisdokumentation auf Karte sei sinnvoll, doch vor einer Umsetzung seien noch eine Reihe von Fragen zu klären und Probleme zu lösen.

Im Schlusswort informierte die Veranstaltungsleitung über Überlegungen in der Leitung der AG MDK, dieses Symposium zukünftig eventuell um einen halben Tag (bis Freitagmittag) zu verlängern, so dass am Donnerstagabend Gelegenheit zu besseren persönlichen Kontakten und intensiven Fachgesprächen gegeben wäre. Eine Alternative wäre die Symposiumsdurchführung unabhängig von einer GMDS-Jahrestagung. Außerdem werden Anregungen erbeten, welche Themen (und Referenten) die Veranstalter dieses Symposiums für das Praxisseminar auf der KIS-Tagung in Mannheim (24.–26.3.2004) und für das Symposium auf der 49. GMDS-Tagung in Innsbruck (26.–30.9.2004) aufnehmen sollten. Vorschläge und Kommentare bitte an Bernd.Graubner@mail.gwdg.de.

8. Berliner **TELEMED** wieder ein Erfolg



Bericht

PD Dr. Günter Steyer

Seit 1996 veranstaltet der BVMI zusammen mit der FU Berlin jeweils am 2. Novemberwochenende in Berlin die TELEMED, inzwischen eine Nationale Tagung zur Telematikanwendung im Gesundheitswesen unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Die 8. TELEMED fand in Kooperation mit der Fachgruppe Telemedizin der DGBMT und der AGIT der Deutschen Röntgengesellschaft am 7.–8. November 2003 statt und hat erneut ein deutliches Zeichen für den

effizienten Einsatz der Telematik im deutschen Gesundheitswesen gesetzt. Besonderer Schwerpunkt war die bevorstehende Einführung der »Gesundheitskarte« zum 1.1.2006.

Der Tagungsband ist zum Preis von 15,- € (incl. Porto) erhältlich. Nähere Informationen siehe www.telemed-berlin.de.

Ein detaillierter Bericht über die 8. TELEMED sowie zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitstelematik in Deutschland wird in der **mdi** Heft 1/2004 gegeben.

